

Por favor, responda todas las preguntas sobre su hijo/a formuladas a continuación con un SÍ o uno NO. A las preguntas en las que la respuesta sea SÍ, especifique todo aquello que considere necesario.

Datos del participante:

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Población donde se realiza el campo:

Palamós

Posibles impedimentos físicos o psíquicos:

¿Tiene alguna disminución? _____

¿Tiene algún problema de movilidad? _____

¿Tiene problemas de vista o de oído? _____

Enfermedades crónicas y/o alergias:

¿Sufre alguna enfermedad crónica? _____

¿Sufre de alguna enfermedad con frecuencia? _____

¿Sufre alguna alergia? _____

Tipo de alergia: _____

Reacción en el niño/a: _____

En caso de reacción alérgica, como actuar, protocolo a seguir:

Prevencciones para la alergia: _____

Medicación con indicación de horarios y cantidad

¿Toma algún medicamento? _____

Nombre del medicamento: _____

Horarios: _____

Cantidades: _____

Sistema de administración del medicamento: _____

Régimen que proceda:

¿Hay cosas que no puede comer? ¿Qué? _____

¿Sigue alguna dieta especial? _____

Cualquier cuestión que se considere necesaria: _____

La ficha de salud es una obligación legal que establece el Decreto 137/2003 de 10 de junio, información que mantendremos con la máxima confidencialidad de conformidad con la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.